LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

VIS. — *Les bureaux de la* France Médicale *sont transfés* **9 rue des Pyramides.** *Prière de vouloir bien désormais oyer à cette adresse tout ce qui concerne la rédaction et dministration.*

SOMMAIRE

thalmologie : Guérison opératoire de l'ophthalmoplégie abétique persistante, par le Dr A. Chevallereau, 513. — **Revue e la presse** : Les abcès de fixation dans l'infection puerpéale, par le Dr Swiecicki, 515. — **Académie des sciences** : *eance du 6 août* 1894. — Présidence de M. Lœwy. — Nouvelles echerches anthropologiques et paléontologiques dans la Dordogne, 515 — **Académie de médecine** : *Séance du 14 août* 894. — Présidence de M. Empis. — Tétanos, 516. — Rapports de prix, 517. — **Société de biologie.** — *Séance du 8 juillet* 1894. — Du pouvoir absorbant de la vessie, 517. — **ociété de médecine de Paris** : *Séance du 28 juillet.* — Préidence de M. Besnier, vice-président. — Déclaration des maadies contagieuses, 518. — Présentation de malade 518. — émiplégie dans le rétrécissement mitral, 518. — **Session yonnaise de la Société française de dermatologie et e syphiligraphie.** — *Séances des* 2, 3, 4 *août* 1894. — Préidence de M. le Dr Dron. — Rapport sur les injections hyodermiques de substances mercurielles dans le traitement e la syphilis, 518. — Principes fondamentaux du traitement e la syphilis par les injections mercurielles, 518. — Injections de préparations mercurielles insolubles, 519. — Sur les njections mercurielles, 519 — Traitement de la syphilis par es injections de benzoate de mercure, 520. — Antagonisme t antidotisme. Recherches basées sur les réactions des landes sudoripares, 520. — De la transpiration insensible, 20. — Abcès cutanés multiples et recidivants chez les jeunes nfants, 520. — Contagion de la pelade, 521. — **V IIe Congrès nternational d'ophthalmologie**, réuni à Edimbourg du 7 au 11 août 1894. — Adresse du président, 521. — *Séance du ardi 7 août.* — Présidence de M. A. Robertson. — Traitement ous-conjonctival des plaies chirurgicales ou traumatiques de a cornée et de la sclérotique, 521. — Quelques observations sur extraction de cataractes déduites de 600 opérations, 521. — **Variétés** : Le Congrès d'Edimbourg, 524. — La formation des exes, 524. — Secret professionnel, 525. — **Nouvelles**, 525. **Bulletin bibliographique**, 528.

OPHTHALMOLOGIE

Guérison opératoire de l'ophthalmoplégie tabétique persistante (1),

Par le Dr A. Chevallereau,

Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

Les paralysies musculaires d'origine tabétique sont uvent passagères, fugaces, avec des récidives plus ou oins fréquentes, mais parfois aussi, après s'être monées plusieurs fois pendant un temps relativement urt, elles finissent par devenir persistantes et tout à fait incurables. C'est à deux cas de ce genre que nous avons eu affaire et le mode de guérison nous paraît assez curieux pour que nous ayons cru bon de le signaler.

Un homme de 40 ans, L... (Jules), maçon, se présente le 5 février dernier à la clinique des Quinze-Vingts, se plaignant d'une paralysie complète des deux moteurs oculaires communs datant de quatre mois déjà.

Ses antécédents de famille sont très bons. Son père et sa mère sont, dit-il, morts de vieillesse, un frère est mort pendant la guerre, un autre serait mort tuberculeux ; notre malade lui-même n'a aucun antécédent morbide éloigné. Marié à 29 ans, il a une fille de 12 ans et une autre fille de 2 ans, toutes deux très bien portantes ; un autre enfant, qui aurait maintenant 3 ans, est mort à 16 mois de convulsions. Sa femme n'a jamais fait de fausses couches et il ne paraît pas y avoir ni chez elle ni chez les enfants rien qui puisse faire penser à la syphilis. L... lui-même paraît absolument indemne de ce côté. On ne trouve de même aucun signe d'alcoolisme. Il dit vivre en famille et d'une façon très régulière. Les phénomènes tabétiques, au contraire, sont nets. Il a toute la démarche des ataxiques, des douleurs lancinantes très nettes et très aiguës dans les deux membres inférieurs et on constate l'absence complète des réflexes rotuliens. Il s'agit donc ici d'un tabétique non syphilitique.

Au mois de novembre 1893, cet homme a commencé à voir très mal, parce qu'il voyait double, puis son œil gauche s'est dévié tout à fait en dehors, bientôt imité par l'œil droit. Il vient à la consultation avec les deux yeux absolument déviés en dehors et immobiles au niveau de la commissure externe. Il n'y a pas de ptosis mais les deux pupilles sont dilatées et immobiles, les trois muscles droits supérieur, interne et inférieur et le petit oblique ne se contractent nullement. Lorsqu'on demande au malade de regarder à gauche par exemple, l'œil droit revient avec peine sur le plan médian par relâchement du droit externe droit, mais il ne dépasse pas cette limite, de même pour l'œil gauche quand on demande au malade de regarder à droite. Les mouvements en haut sont absolument nuls et quand on demande au malade de regarder en bas on ne distingue que le mouvement de torsion provoqué par la contraction du muscle grand oblique.

Il n'y a aucune lésion ophthalmoscopique. L'œil droit est hypermétrope d'une dioptrie avec un astigmatisme

(1) Communication au Congrès d'ophtalmologie d'Edimbourg.

direct d'une dioptrie. L'œil gauche est hypermétrope de deux dioptries avec astigmatisme direct d'une demi dioptrie.

Le malade est soumis aux courants continus descendants et au traitement mixte par l'iodure de potassium et le mercure, quoique nous n'ayons pu constater chez lui aucune trace de syphilis. Au bout de trois mois environ d'un insuccès complet, nous remplaçons l'iodure et le mercure par la teinture de noix vomique à l'intérieur sans plus de succès. L'état reste toujours absolument le même sans la moindre modification. Il y a sept mois que le malade ne voit aucune amélioration.

Le 12 mai 1894, cet homme ne pouvant se livrer à aucune occupation et désirant vivement cependant reprendre son travail, je me décide à lui faire un avancement musculaire du droit interne droit avec résection de l'extrémité tendineuse du droit externe du même côté, dans le seul but de ramener l'œil sur la ligne médiane où il aurait été à peu près immobile et de permettre à ce malade de voir au moins droit devant lui.

Le résultat sur cet œil ayant été incomplet, je procède différemment pour l'œil gauche que j'opère le 2 juin. Pour celui-ci je fais, sans aucune résection tendineuse, une ténotomie très complète du droit externe, puis une suture conjonctivo-cutanée, comme j'ai coutume de la pratiquer, au niveau du droit interne, de manière à fixer l'œil dans l'angle interne.

Le résultat de ce côté est absolument complet et dès le lendemain, lorsque j'enlève le premier pansement, je vois que non seulement après la section du fil l'œil gauche est sur la ligne médiane, mais encore que tous les mouvements de cet œil se font d'une façon normale, en haut, en bas et en dedans, aussi bien qu'en dehors. La paralysie du moteur oculaire commun avait donc complètement disparu, sauf la mydriase qui persistait.

Aujourd'hui 30 juillet, deux mois après l'opération, les choses sont encore dans le même état. L'œil droit est resté dévié en dehors et ne fait de mouvements que dans le sens transversal, mais à gauche, en dehors de la mydriase, il n'y a plus aucun phénomène paralytique. La guérison est restée complète.

Cette guérison, tout à fait inattendue, me donna l'envie de traiter de la même manière les autres malades dans le même cas qui pourraient se présenter. J'avais justement, dans mon service, une femme de 50 ans, tabétique, chez laquelle l'opération m'a donné le même résultat.

Mme S... (Elisabeth), âgée de 50 ans, boutonnière, venait à la consultation depuis le 5 janvier 1894. D'une excellente santé générale, sans aucune tare rhumatismale ni syphilitique, cette femme n'a jamais fait d'autre maladie que ses 14 grossesses ; sur ce nombre 13 enfants sont venus à terme et bien portants ; un seul (10e grossesse) est venu à l'époque du terme alors qu'il était déjà mort depuis dix-sept jours par suite d'une chute que la mère avait faite, dans un escalier, de la hauteur d'un premier étage.

Comme symptôme du tabès nous trouvons chez cette femme le signe d'Argyll Robertson, et l'absence de réflexes rotuliens, sans douleurs fulgurantes et sans incoordination motrice.

Lorsqu'elle vient à la clinique, cette femme voit double depuis une quinzaine de jours, c'est-à-dire depuis le milieu de décembre 1893. Nous trouvons seulement une parésie du droit interne gauche ; sous nos yeux les phénomènes se modifient assez rapidement. Le 26 janvier la parésie du droit interne gauche a complètement disparu ; en échange, il y a une paralysie incomplète de tous les muscles innervés par la troisième paire droite. Cette paralysie non seulement persiste, mais devient complète et le 30 juin, les muscles droits supérieur, inférieur et interne, sont complètement paralysés. Il y a peu de ptosis et la pupille se contracte d'une façon normale.

Depuis le début cette malade a été soumise très régulièrement au traitement mixte avec des doses progressivement croissantes, aux courants continus et à la teinture de noix vomique. Le résultat est nul, et la maladie, au contraire, fait constamment des progrès. Aussi, le 30 juin, je pratique une ténotomie du droit externe droit. Immédiatement après l'opération j'observe la malade ; elle peut déjà contracter les trois autres muscles droits. Le lundi 2 juillet, deux jours après l'opération, quand j'enlève le pansement, tous les mouvements de l'œil se font d'une façon tout à fait normale.

Voilà donc deux cas de paralysie du moteur oculaire commun d'origine tabétique, persistant sans aucune modification depuis huit mois chez le premier malade, augmentant progressivement depuis six mois et demi chez la seconde, et qui, dans les deux cas, a guéri complètement après la section du muscle antagoniste, du seul muscle non paralysé. Après des recherches un peu rapides peut-être, je n'ai pas retrouvé dans la science de faits de ce genre.

Quelle explication donner de ces faits? Une seule hypothèse me paraît plausible, mais ce n'est qu'une hypothèse. Dans les deux cas, il semble qu'il y ait eu une action d'arrêt du droit externe, le seul muscle intact, sur les trois autres muscles droits de l'œil. L'affaiblissement de ce muscle droit externe par la ténotomie rendrait en quelque sorte aux autres muscles leur liberté et leur action physiologique. Il y aurait là une sorte d'inhibition musculaire, analogue à l'inhibition nerveuse sur laquelle Brown-Séquard a fait de si nombreuses recherches. Il ne saurait être question ici de lésion nucléaire, c'est bien une sorte de spasme qui est la cause de la déviation oculaire et ce spasme cesse par le fait de l'opération.

Quoi qu'il en soit de l'explication, je me propose de pratiquer de nouveau la ténotomie du muscle antagoniste dans les cas de paralysie d'origine tabétique paraissant définitive après avoir longtemps résisté à tout traitement.

REVUE DE LA PRESSE

…es abcès de fixation dans l'infection puerpérale, par …r SWIECICKI, (*Deutsche med. Zeit.*, 1894, 42.) — L'ob…vation intéressante que rapporte Swiecicki (de Po…) concerne une multipare âgée de 33 ans qui fut …einte de pyémie puerpérale après avoir été accouchée …une sage-femme négligente et âgée de 70 ans. Les …mptômes étaient graves; T. 40°, pouls 140, frissons …pétés, tympanite. Le traitement institué consista en …ages intra-utérins, à l'intérieur, toniques, et une …ection de 1 centigramme de pilocarpine répétée trois …s par jour. L'état général continua d'être menaçant, …en face d'une situation grave, désespérée même, …uteur se décida à provoquer des abcès suivant la …thode de Fochier. A cet effet, il injecta dans chaque …isse 1 gramme d'essence de térébenthine. Quatre …ures après l'injection, il se produisit sur les points …jectés de violentes douleurs, la peau rougit et le troi…ème jour il se forma des foyers purulents qui furent …verts le dixième jour. Dès le deuxième jour après …njection l'état commença à s'améliorer et trois …maines après la malade était guérie.

A l'examen microscopique, le pus renfermait des sta…ylocoques et des streptocoques. Comme le pus pro…uit par l'action de la térébenthine ne renferme pas …e microorganismes et qu'il est stérile, il en résulte …'est du moins l'opinion de l'auteur) que les microor…anismes provenaient des régions infectées.

Swiecicki, qui avait accueilli avec scepticisme la …éthode de Fochier, admet que la provocation d'abcès …pu sauver la malade, d'autant plus qu'une enquête …i a appris dans la suite que la susdite sage-femme …onnait à la même époque des soins à une accouchée …ui mourut d'infection puerpérale sept jours après la …élivrance.

Bien que, dans leurs expériences, Chantemesse et …arie n'aient pas observé une augmentation de la leu…ocytose dans les abcès stériles, ces expériences, d'après …auteur, ne prouvent rien contre la légitimité de ces …bcès artificiels dans les infections. D'après les recher…hes de Schulz il n'est pas du tout démontré que la …eucocytose est produite par une augmentation absolue …es leucocytes; il ne s'agit peut-être au fond que d'une …istribution différente des globules blancs dans les …aisseaux. Schulz a démontré encore que l'on peut …onstater une diminution considérable du nombre des glo…ules blancs trois ou quatre heures après qu'on a fait une …njection de cultures de bactéries. Lorsqu'on injecte de …essence de térébenthine sous la peau, il se produit …'abord une excitation du centre vasculaire. La pression …anguine s'élève et il se produit au point d'injection …ne forte leucocytose inflammatoire qui est nécessaire …our localiser et affaiblir le virus.

Dans tous les cas Swiecicki croit que la méthode de …ochier mérite d'être recommandée dans l'infection puerpérale grave, mais il recommanderait comme lieu d'injection le sillon du deltoïde ou la région épigastrique dans lesquels l'injection est moins douloureuse et provoquerait plus facilement les abcès. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 août 1894. — Présidence de M. LŒWY.

Nouvelles recherches anthropologiques et paléontologiques dans la Dordogne. — M. ÉMILE RIVIÈRE. J'ai l'honneur de présenter à l'Académie les résultats des recherches que j'ai faites sous ses bienveillants auspices, dans le département de la Dordogne, d'abord aux mois d'août et septembre 1893, puis aux mois d'avril et mai de cette année.

Les gisements que j'ai explorés sont : les uns quaternaires, géologiquement parlant, et paléolithiques, magdalé…niens, si l'on considère l'époque archéologique ; les autres sont néolithiques, ils appartiennent aux temps géologiques actuels. Les premiers sont : les grottes des Combarelles, la grotte Rey, la grotte de la Fontaine (1), et celle de Cro Magnon, dont j'ai repris l'étude au point où les fouilles ont été abandonnées en 1868. Les seconds sont les stations ou ateliers néolithiques de Sireuil, Pagenal et Pageyral.

A. ÉPOQUE QUATERNAIRE. — *Grottes des Combarelles.* Elles sont au nombre de deux; mais l'une d'elles seulement a été habitée par l'homme. Celle-ci, longue de 27m,75, a été explorée par moi avec trois ouvriers dans toute son étendue. Elle appartient, de par l'industrie des hommes qui l'ont habitée, à l'époque magdalénienne.

J'y ai trouvé, en effet, parmi les pièces les plus importantes, des harpons barbelés, des pointes de sagaies et de flèches en os ornées de gravures, des rondelles osseuses très minces percées de trous de suspension et gravées de nombreux traits entre-croisés en tous sens, un scapulum de ruminant sur lequel des rennes sont gravés au milieu de traits un peu confus, une série d'aiguilles en os, des métacarpiens et métatarsiens de renne sur lesquels on a détaché des esquilles pour faire lesdites aiguilles. J'y ai trouvé aussi une canine de renne percée. Enfin, comme silex taillés, je citerai des burins, des grattoirs simples et doubles, des lames, des pointes, des pointerolles, etc.

La faune de cette grotte est nombreuse par les restes d'animaux qui la composent; son étude n'étant pas finie, je me bornerai à citer plusieurs carnivores, des rongeurs, des pachydermes, des ruminants, des oiseaux, etc.; et, plus particulièrement, comme espèces datant bien le gisement, le *Rhinoceros tichorhinus* et le Renne (*Tarandus rangifer*).

Grotte Rey. — Cette grotte, située à peu de distance de la précédente, n'est pas encore terminée, en raison de sa longueur (51m,58) ; mais je m'en suis assuré, par location, le droit exclusif de fouille. Je l'ai explorée jusqu'à présent, avec le même personnel de trois ouvriers, sur une longueur de 33m,50, et les résultats obtenus me permettent de dire qu'elle appartient aussi à l'époque magdalénienne. Je puis citer, en effet :

1° Pour la faune, les restes relativement nombreux de carnivore (ours, hyène, canidés, félins, etc.), des chéirop-

(1) La grotte quaternaire de la Fontaine n'a jamais été habitée par l'homme.

tères (*Vespertilio*), des pachydermes [(*Rhinoceros tichorhinus, Equus, Sus*), des ruminants (renne, cervidés, bovidés), *Capra primigenia* (1)], des rongeurs (*Lepus, Mus*, etc.), un certain nombre d'espèces d'oiseaux, des batraciens et des poissons, enfin quelques mollusques représentés par leurs coquilles. Ces derniers sont très rares, marins ou terrestres ;

2° Pour l'industrie : *a*, des os gravés, voire même sculptés, notamment deux côtes de ruminants, représentant des poissons dont le corps et la tête sont gravés, tandis que les nageoires et la queue sont curieusement sculptées; des poinçons en os — l'un d'eux est peut être un des plus longs qui ait jamais été trouvé, il mesure 0m,332 —, des lissoirs gravés de traits, des os d'oiseaux couverts aussi de traits, des fragments d'aiguilles, une série de petites incisives de ruminant, toutes percées d'un trou de suspension, une incisives de ruminant, toutes percées d'un trou de suspension, une incisive de bovidé percée aussi, des pendeloques en os, une vertèbre de poisson également percée, une canine de renne, noircie par le feu et percée d'une double perforation allongée en forme d'entaille, deux coquilles marines percées (*Nassa neritea* et *Columbella*). *b*. De très beaux silex taillés dont quelques-uns sont remarquables par leur fini et leurs fines retouches.

J'ajoute que j'ai trouvé aussi dans la grotte Rey des ossements humains, notamment des vertèbres, les uns presque à la surface du sol, les autres en plein foyer.

Grotte de Cro Magnon. — Sur les indications du propriétaire de cette grotte abri, j'ai repris, au mois d'août 1893, les fouilles immédiatement au-dessous du point où l'on a trouvé, en 1868, les célèbres ossements humains décrits par Broca. Après avoir fait enlever la terre qui avait servi à remblayer le trou fait à cette époque, j'ai mis à nu, sur une longueur de 3m et sur une largeur de 1m,75 à 2m, un gisement magdalénien *non remanié* que j'ai fouillé *moi-même* sur une épaisseur de 1m environ.

Ce foyer, dont j'ai eu soin de faire passer la terre au crible (2) par un ouvrier spécial, m'a donné, non seulement de très beaux silex remarquables par leur teinte blanc de lait ou jaune, parfois aussi diaprés de veines roses, brunes ou jaunâtres, tels que grattoirs (3), pointes, lames, burins, etc., mais encore un joli petit poinçon en os, une lame osseuse ornée de traits irrégulièrement gravés et, pièce surtout remarquable, une côte longue de 0m,24, arrondie à l'une de ses extrémités et dont les deux bords, arrondis également, sont creusés d'une série de coches assez régulièrement espacées. Enfin, je dois citer encore une incisive de grand équidé percée d'un trou de suspension, gravée de nombreux traits encoches sur toutes ses faces et dans toute sa longueur et une *Cypræa europœa* percée.

Quant à la faune, elle est très peu nombreuse ; elle comprend, outre le renne, les genres *Equus, Cervus, Bos, Capra* et *Canis*.

Grotte de la Fontaine. — Cette grotte, d'une exploration très difficile en ce qu'elle est constamment remplie d'eau, presque jusqu'à la voûte, sert de fontaine aux habitants du pays. Aussi n'a-t-elle pu être fouillée que pendant un nombre de jours limité et encore à la condition d'avoir recours, pendant tout le temps des fouilles, à une pompe d'épuisement manœuvrant sans interruption, sous peine d'accidents.

Elle n'a jamais été habitée et n'aurait pu l'être d'ailleurs. La couche d'ossements que l'on y rencontre a été découverte, il y a quelques années, pendant le cours de certains travaux de curage.

Elle est située dans une sorte de faille ou crevasse située à peu de distance de la voûte, au milieu d'une terre argileuse et rougeâtre. Les animaux, dont j'ai trouvé les ossements plus ou moins nombreux et les dents, sont : un éléphant, un équidé, deux bœufs de taille différente, un cerf, un ours dont j'ai les deux mandibules droite et gauche, une hyène représentée par plusieurs mandibules et un Canidé. — J'espère y faire prochainement de nouvelles fouilles.

B. Époque néolithique. — Je me bornerai à citer seulement le nom des stations de l'époque néolithique que j'ai explorées, réservant les développements qu'elles comportent pour une prochaine communication.

Ce sont :

1° La station de Pageyral, située dans la propriété de ce nom, presque en face de Langerie-Basse, sur la rive opposée de la Vézère. J'y ai trouvé, notamment dans un terrain planté de vignes, un certain nombre d'éclats de silex, ainsi que des outils entiers ou brisés.

2° La station de Sireuil, dans la vallée de la Beune, sur un petit plateau, à quelques mètres seulement de la rivière de ce nom. J'y ai recueilli de beaux grattoirs en silex, des nucléus, des lames de nombreux éclats de silex et un fragment de hache polie. J'ai exploré ce gisement à plusieurs reprises, en 1892, 1893, ainsi qu'au mois d'avril dernier.

3° La station de Pagenal. Il s'agit d'un vaste plateau de 3 hectares environ de superficie, qui domine la rive gauche de la Vézère et dont une partie est exploitée pour ses carrières de kaolin. Là, également, il m'a été donné de trouver à la surface du sol des silex taillés, de nombreux éclats et une hache polie.

M. le secrétaire perpétuel annonce à l'Académie la perte qu'elle a faite dans la personne de M. *A. Hannover*, correspondant pour la Section de Médecine et Chirurgie, décédé à Copenhague le 7 juillet dernier.

(1) Notamment un très beau crâne pourvu des noyaux osseux des cornes.

(2) Comme d'ailleurs je l'avais fait aussi pour les nombreux mètres cubes de terre que j'ai extraits des grottes Rey et des Combarelles.

(3) L'un deux mesure 0m,14 de longueur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 août 1894. — Présidence de M. Empis.

Tétanos. — M. Le Roy des Barres communique quatre observations de tétanos.

Un jeune homme de 28 ans couche dans une chambre attenant directement à une écurie qui a renfermé, cinq ans avant, des harnais ayant appartenu à un cheval tétanique. Un jour il reçoit sur la joue un cailloux qui a frotté le sol de l'écurie. Quatre jours après, tétanos avec paralysie faciale et décès. La terre examinée bactériologiquement n'a donné aucun résultat positif au point de vue de la présence du microbe du tétanos.

Un enfant de 7 ans se fait une plaie contuse de la phalangue unguéale du pouce; le doigt blessé est souillé de terre d'une écurie du voisinage; douze jours après, tétanos.

endemain du trismus, on fait l'amputation du pouce.
e jour, l'état du blessé s'améliore et il guérit.
terre de l'écurie renfermait bien le microbe du tétanos,
staté par M. Netter, qui fit des inoculations positives.
matelassière qui avait refait les matelas du malade
cédent, le 15 mai, un mois après la guérison du petit
ade, le 15 juin, se blesse la plante du pied avec un clou
avait traversé sa savate. La blessure a dû livrer accès
s l'organisme au virus tétanique qu'elle avait conservé
surface de son corps, de ses vêtements ou de ses
ussures. La malade est morte du tétanos.
homme de 28 ans est entraîné par une courroie de
smission; il est conduit à l'hôpital, enveloppé d'une
verture d'écurie qui touche directement les plaies. Il a
impossible de savoir si cette couverture avait servi à
heval malade. Au neuvième jour, tétanos. On donne
hloral; au troisième jour, on injecte du sérum anti-
que. On donne 200 cc. de liquide, mais tout cela inutile-
t, le malade meurt.
es quatre cas sont le résultat de contagion médiate.
is d'entre eux montrent l'habitat fréquent du germe téta-
ue dans les locaux occupés par le cheval et la conser-
on prolongée de son pouvoir pathogène.
e deuxième fait montre l'utilité de l'intervation opéra-
e contre le tétanos.
e troisième fait est un nouvel exemple de contagion
diate inter-humaine.
e sérum antitoxique a été sans effet trois jours après le
ut des accidents; peut-être serait-il plus efficace si on
ilisait préventivement.
es divers cas montrent que pour assurer la prophylaxie
tétanos, il faudrait inscrire cette maladie sur la liste des
ctions à déclarer obligatoirement.

apports de prix. — M. Cadet de Gassicourt lit un rapport
les mémoires envoyés pour le prix Bourceret.
M. Chauvel lit un rapport sur les mémoires envoyés pour
prix Laborie.
4 heures l'Académie se forme en comité secret, pour
endre les conclusions des rapports ci-dessus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 juillet 1894.

u pouvoir absorbant de la vessie. — M. Bazy. Dans une
e communiquée à l'Académie des sciences, j'avais établi
des preuves qui m'avaient semblé irréfutables le pou-
r absorbant de la muqueuse vésicale.
es recherches viennent vraiment d'être corroborées,
mplétées par mon élève, M. Camille Sabatier, qui vient
n faire sa thèse de doctorat.
l en résulte, entres autres particularités, que la vessie
ut être placée, au point de vue du pouvoir absorbant,
re le rectum et les voies digestives supérieures, absor-
nt moins que le rectum, mieux que ces dernières.
Comme mes conclusions ont été dernièrement attaquées,
viens aujourd'hui faire *devant vous* une expérience qui
ttra fin aux débats, en vous permettant de faire les
servations que comportera le cas.
Nous nous sommes servis, dans nos expériences, de
iens, de lapins, de chats, et nous avons employé des substances réputées inoffensives et acceptées comme telles par tous, je veux parler des alcaloïdes. Nous nous sommes encore servis du sulfo-indigotate de soude neutralisé, substance *très inoffensive*, dont le pouvoir colorant est très grand et la recherche facile, du *non moins inoffensif* iodure de potassium en solution, dont la recherche est très facile et les réactions sont très nettes. Sa présence dans le sang de la veine cave inférieure a été mise en évidence par un chimiste très compétent, M. Berthoud, pharmacien en chef de l'hospice de Bicêtre.

Je vais, devant vous, injecter dans la vessie de ce lapin mâle, au moyen de cette petite sonde en caoutchouc rouge (n° 8 de la filière Charrière), absolument inoffensive pour l'uretère et la vessie, 2 *centimètres cubes* de cette solution de strychnine au 1/30e; je vide d'abord la vessie de l'urine qu'elle contient, afin d'éviter la distension et la pression; j'injecte la solution; puis, pressant la sonde pour empêcher même une goutte de liquide de tomber dans le canal, je la retire.

Je me contente de faire cette expérience de la manière que je viens d'indiquer pour ne pas prendre votre temps.

Au bout d'un temps très court, une minute et demie au plus, quand on pousse le lapin pour le faire marcher, on s'aperçoit que ses mouvements sont saccadés et comme convulsifs; quelques instants après (le temps n'a pas été mesuré : il est de deux minutes dans nos expériences publiées), les muscles sont atteints de contracture totale, le lapin est roide comme un morceau de bois, il est laissé dans cet état, et il meurt bientôt après.

Je fais observer que le lapin n'a pas uriné, et que par conséquent, l'urètre ne paraît pas avoir reçu une seule goutte de liquide. Du reste nous avons fait dans notre laboratoire l'expérience de la manière suivante : l'abdomen du lapin est ouvert, la vessie mise à découvert; une sonde introduite par l'urètre la vide, cette sonde sert à injecter la solution d'alcaloïde (2 centimètres cubes au plus de n'importe quel alcaloïde), puis une pince est placée au niveau du col serrant le col et la sonde pour empêcher le liquide de pénétrer dans l'uretère : or, les manifestations de l'empoisonnement se produisirent absolument comme si on n'eût pas mis de pince.

Si jusqu'ici l'opinion contraire a prévalu, c'est-à-dire si on a nié le pouvoir absorbant de la muqueuse vésicale, c'est que, ainsi que je l'ai dit dans ma communication à l'Académie des sciences, les expérimentateurs me paraissaient avoir employé des substances inactives par rapport aux animaux mis en expérience et que d'autres avaient confondu absorption avec imbibition.

D'un autre côté, on ne peut même ici supposer que c'est une petite quantité de la solution très forte de strychnine qui est tombée dans l'urètre, puisque, après avoir isolé l'urètre de la vessie en pinçant le col vésical, les accidents d'intoxication n'ont été ni moins prompts ni moins intenses.

(Pour répondre encore à cette objection, j'ai fait à mon laboratoire l'expérience suivante :

J'ai sondé un lapin avec la sonde en caoutchouc rouge; j'ai évacué la vessie : j'ai adapté à la sonde la seringue chargée de la solution de strychnine employée l'avant-veille devant la Société de Biologie, j'ai poussé dans cette sonde une quantité de liquide suffisante pour la remplir de solution de strychnine; j'en ai même poussé 10 centi-

grammes en plus; puis, j'ai retiré la sonde continuant à pousser le piston de cette seringue restée adaptée au pavillon de façon à arroser le canal. Quand dix minutes après (c'est-à-dire *cinq fois* plus de temps qu'il n'en faut pour voir apparaître les accidents), j'ai quitté le laboratoire, les muscles de ce lapin ne manifestaient pas la plus petite velléité de contracture. Je l'ai laissé en observation auprès de mes internes et il a *continué à se très bien porter*.

Une expérience très élégante et qui appartient à mon élève le Dr Hector Grasset préparateur au laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, consiste à injecter dans la vessie de l'eau oxygénée. Cette injection faite, on ouvre l'animal, et on constate que toutes les veines de la vessie sont dessinées et remplies par des bulles de gaz, preuve de l'absorption.)

Je sais que MM. Guinard (de Lyon) et Boyer ont publié des expériences qui contredisent les miennes. Comme ni M. Guinard, ni moi, ne faisons partie de la Société de Biologie, je ne crois pas devoir les mettre en cause ici.

Mais c'est pour répondre à ces expériences que je suis venu ici *publiquement* faire une expérience, rigoureusement démonstrative, afin que, désormais, il n'y ait plus de doute dans l'esprit de personne sur la réalité des faits que j'ai avancés, et qu'il soit *désormais acquis*, malgré une conclusion un peu autoritaire (pour ne pas dire plus) de mes contradicteurs, que la muqueuse *vésicale saine* absorbe au même titre que toutes les autres muqueuses.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 juillet. — Présidence de M. Besnier, vice-prés.

— La séance est ouverte à 4 h. 10.

— Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance imprimée : Revues et journaux habituels, Bulletin de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris.

— Plusieurs brochures du Dr Guermonprez (de Lille).

Correspondance manuscrite : Lettres de M. Edm. Wickham secrétaire général et de M. Christian président, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Déclaration des maladies contagieuses. — Ont adopté les conclusions votées par la Société de médecine de Paris : 1° la Société médicale du IXe arrondissement de Paris; 2° la Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse ; 3° la Société de médecine de Besançon et de la Franche-Comté.

Présentation de malade. — (Goitre guéri par des injections d'iode à la surface du corps thyroïde.)

M Ladreit de Lacharrière présente à la Société Mlle B.. , âgée de 18 ans, qu'il a traitée à la clinique otologique pour un goitre volumineux proéminant surtout par son lobe gauche.

Cette jeune fille, douée d'une bonne santé, portait depuis son enfance, sur la partie médiane du cou, une fistule en infundibulum qui semblait située au fond de deux replis cutanés rétractés l'un sur l'autre. Un stylet explorateur engagé dans le trajet fistuleux pénétrait au-devant du larynx, et un peu à gauche dans un espace où la pointe semblait se mouvoir, et à une certaine profondeur.

L'occasion paraissait opportune de se servir du trajet fistuleux pour faire l'essai d'injections de teinture d'iode à la surface du corps thyroïde, et chercher ainsi à modifier son volume. — Des injections furent faites toutes les semaines avec un mélange à parties égales de teinture d'iode et de glycérine. Dès la troisième on constatait une diminution notable du goitre, et après deux mois de ce traitement il avait complètement disparu. Il ne restait plus qu'un cou un peu arrondi et légèrement déformé, et au milieu une dépression fistuleuse toujours béante.

Mlle B... avait eu, à l'âge de 4 ans, une grosseur au cou qui s'était abcédée, qui avait été ouverte, et dont l'ouverture, qui ne s'était pas cicatrisée, laissait échapper depuis cette époque un liquide en apparence muqueux.

Cette tumeur ne pouvait être qu'un kyste congénital, et une opération pouvait seule provoquer la guérison. M. Pollaillon voulut bien accepter la malade dans son service pour la pratiquer.

M. Ladreit de Lacharrière fait remarquer que les injections sous-cutanées de teinture d'iode, portées à la surface du corps thyroïde, qui ont si merveilleusement réussi chez Mlle B..., pourraient devenir une méthode de traitement moins dangereuse que les injections interstitielles dans le corps thyroïde lui-même, et qu'il se propose de l'appliquer dès qu'il en trouvera l'occasion.

Hémiplégie dans le rétrécissement mitral. — Communication de M. Duroziez, déjà publiée.

— La séance est levée à 5 h. 10.

SESSION LYONNAISE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(Suite).

Séances des 2, 3, 4 août 1894. – Présidence de M. *le* Dr Dron.

Rapport sur les injections hypodermiques de substances mercurielles dans le traitement de la syphilis. — M. Augagneur fait un rapport détaillé et très intéressant sur cette question. En voici les conclusions :

I. — L'emploi des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis doit être reservé à des cas exceptionnels, en raison des inconvénients et des dangers auxquels il expose.

II. — Si, dans un cas de syphilis cérébrale, l'indication paraît extrêmement pressante, on peut d'emblée employer les injections.

III. — Dans les cas où cette urgence d'un traitement immédiat n'est pas démontrée, les injections ne doivent être employées que si les *frictions* ont échoué.

Principes fondamentaux du traitement de la syphilis par les injections mercurielles. M. Stoukowenkoff, de Kief. Le mercure n'agit sur l'organisme que lorsqu'il a pénétré dans le sang, action qui peut être purement thérapeutique (bienfaisante) en enlevant au virus son milieu de culture, ou nuisible en déterminant une anémie qui affaiblit l'organisme et rappelle les accidents. La rapidité et l'intensité de l'absorption du médicament dépendent de sa quantité, de son mode de pénétration, de sa composition et, dans une certaine mesure, de l'individu. Après la disparition des ac-

ats, la présence dans le sang d'un excès de mercure
blit l'organisme, préparant le terrain au développemen
accidents syphilitiques graves ; or, le dosage du mer-
e éliminé par les urines, fait quotidiennement, fournit
données précises pour la continuation et la modification
traitement mercuriel. Cette élimination ne doit pas dé-
ser 4 à 6 milligrammes par jour.

uand on fait une injection hypodermique de mercure,
e produit un dépôt de mercure qui peut être absorbé
s ou moins rapidement suivant son état chimique. Les
solubles sont plus rapidement absorbés, d'où une ac-
plus intense ; les sels insolubles viennent ensuite et
me avec le calomel on peut trouver le mercure dans les
nes au bout de quelques heures ; en troisième ligne
nnent les injections de mercure métallique (huile grise),
t l'absorption est plus lente, d'où la nécessité d'en in-
ter une dose plus forte pour obtenir les mêmes effets.
is alors, le dépôt primitif persistant longtemps, l'absorp-
n persiste après disparition des accidents, d'où nécessité
verser dans le sang des quantités excessives ou nuisi-
s de mercure.

l a fallu vingt-deux jours en moyenne pour faire dispa-
tre des roséoles et trente jours pour les syphilides papu-
ses. Dans 13 cas sur 33, l'huile grise n'a pas empêché
syphilides de récidiver, même sous une forme plus
ave.

Injections de préparations mercurielles insolubles. — M. Thi-
rge, de Paris, a particulièrement expérimenté les injec-
ns d'huile grise dans le traitement de la syphilis. L'huile
it préparée suivant un mode spécial qui avait l'avantage
la débarrasser entièrement du benjoin qui persiste dans
uile grise préparée par les méthodes ordinaires.

Les injections de trois gouttes d'huile, répétées généra-
ent une fois par semaine, ont toujours été faites avec
s plus minutieuses précautions antiseptiques, à l'aide
ne seringue de Strauss complètement stérilisable et
ns monture métallique extérieure, etc. L'injection était
ite avec une longue aiguille dans les masses musculaires
la fesse après qu'on s était assuré qu'il ne sortait pas de
ng, indice de la pénétration dans un vaisseau. Une fois
ulement sur 75 injections, l'auteur a vu se produire un
ècès ; la douleur provoquée a été peu prononcée et la
arche assez rapide pour n'être constatée qu'après l'ou-
rture de l'abcès.

La plupart des injections ont laissé des nodosités pro-
ndes, dures, douloureuses à la pression pendant cinq à
x jours, quelques-unes suivies de douleurs spontanées
endant trois à huit jours, rarement obligeant le malade à
arder le lit et jamais pendant plus d'une journée. Les
ccidents buccaux imputables aux injections n'ont pas
épassé en fréquence et en intensité ceux observés dans le
ours des traitements hydrargyriques internes, la salivation
la stomatite ont été modérées.

Les résultats obtenus dans les manifestations syphili-
ques les plus diverses ont été des plus remarquables et
upérieurs comme rapidité à ceux fournis par les trai-
ement internes habituels. D'ailleurs l'efficacité des prépa-
ations mercurielles insolubles paraît bien établie et on ne
iscute plus sur leurs inconvénients.

En résumé, les essais faits par l'auteur lui ont prouvé
efficacité de l'injection des préparations mercurielles in-
olubles, leur innocuité au point de vue des accidents gé-
néraux du mercurialisme, le peu d'intensité de leurs com-
plications locales lorsque les injections sont faites aseptiquement. En employant de faibles doses on se met à l'abri des inconvénients dus à l'accumulation, en un point de l'organisme, d'une quantité de mercure dont on ne peut graduer l'absorption. Cette méthode mérite donc une confiance particulière dans le traitement des syphilis graves, des syphilis rebelles, dans tous les cas où le traitement doit être mené rapidement, et ceux où il est important de s'assurer d'une absorption complète. Elle a paru à l'auteur beaucoup supérieure aux injections de sels solubles, qui sont douloureuses et doivent être renouvelées fréquemment. Mais elle ne doit être considérée que comme une méthode de mercurialisation applicable à certains cas déterminés et non comme la méthode à adopter chez tous les syphilitiques.

Sur les injections mercurielles. — M. Jullien. Je viens défendre les injections, montrer pourquoi je leur suis resté fidèle, sans leur sacrifier aucun de nos moyens classiques.

J'ai insisté, en 1889, sur la *dilatation de l'estomac chez les syphilitiques* et rattaché cette dyspepsie aux lésions de structure précirrhotiques du foie constituant une neurasthénie hépatique à côté de la neurasthénie gastrique, variétés éventuelles de la neurasthénie syphilitique. D'autre part, Liebreich dénonçait le sublimé comme susceptible d'entraîner sur l'intestin la pullulation d'organismes favorisant les ulcérations et les nécroses. Les injections agissant dans la zone la plus éloignée de la muqueuse gastro-entérique (Cesena) offrent en outre l'avantage de jeter directement le remède dans le sang, tandis que la méthode gastrique le confie à la veine porte pour être livré au foie qui en retient une grande partie (Houtk-Bey). Ainsi le mercure prépare les altérations du foie, le foie atténue l'action du mercure. La méthode hypodermique pare à ce double inconvénient.

Je reconnais trois indications spéciales de cette méthode :

1° *L'insuccès des autres moyens de mercurialisation* en face de lésions graves qui restent indéfiniment stationnaires et qui, généralement, subissent l'influence soit des injections quotidiennes de sels solubles, soit surtout des injections massives. On reconnaît surtout ces cas à ce caractère que l'analyse des urines, en dépit des pilules, ne décèle pas de traces de mercure, et qu'il est probable que cet agent traverse le tube digestif qui n'en retient pas un atome pour l'absorption.

2° *La nécessité d'agir promptement.* — En face d'une lésion cancéroïde, il faut que le diagnostic soit posé afin que l'intervention soit décidée ; les ingesta, les frictions même exigent des délais trop considérables. Rappelons que le mercure paraît dans les urines deux heures après l'injection, six jours après l'ingestion des spécifiques et vers la deuxième semaine après le commencement des frictions (Linden).

3° *La nécessité d'une imprégnation intense.* — Les mêmes effets s'obtenant en quarante-six jours avec le procédé Smirnoff, en cinquante et un par les frictions, en quarante-six par le protoiodure (Hellmann), l'énergie plus grande de l'injection ne fait pas doute. C'est en me fondant sur cette donnée que j'ai étudié le traitement du chancre par la mercurialisation intense et précoce et que je suis arrivé à des atténuations qui égalent presque l'abortion.

Traitement de la syphilis par les injections de benzoate de

mercure. — M. Stoukowenkoff, de Kieff. L'auteur, qui a introduit ce produit dans la thérapeutique, lit un long travail relatif à l'application aux malades de traitements successifs par des injections de benzoate de mercure.

Les résultats de sa méthode se résument dans les conclusions suivantes :

1° Dès le commencement du traitement, les malades sont affranchis des récidives; ils sont à peu près à l'abri des manifestations syphilitiques;

2° Rapidité du traitement;

3° Rétablissement visible du malade en un temps relativement plus court;

4° On n'introduit, durant tout le traitement, dans l'organisme du malade, qu'une quantité minime de mercure (1 centigramme de benzoate par injection, 1 gr. 2 à 1 gr 5 de mercure métallique pour la durée totale du traitement, dose bien inférieure à celle introduite dans tous les autres traitements mercuriels);

5° La préparation de benzoate employée en injection est formulée comme suit :

Benzoate de mercure.....	0 gr. 25.
Chlorure de sodium chimiquement pur.....	*aâ* 0 gr. 06
Chlorhydrate de cocaïne.....	
Eau distillée.....	30 grammes.

6° Les injections se font chaque jour; leur nombre varie de 24 à 30 pour un stade du traitement; par exception, dans certains cas, on augmente ou on diminue le nombre. Suivant les indications, pour chaque injection, on emploie 2 grammes de la solution en moyenne;

7° La région de choix pour l'injection est la région fessière et le tissu cellulaire sous-cutané.

Il est nécessaire de prendre toutes les précautions d'antisepsie voulues pour éviter les accidents d'infection.

Dans aucun cas, les injections faites par l'auteur n'ont produit d'abcès, rarement elles ont été suivies de petites gangrènes partielles de la peau, dans les endroits injectés.

Les stomatites sont rares et peu intenses : il en est de même des accidents gastro-intestinaux qui disparaissent rapidement si on cesse le traitement.

Antagonisme et antidotisme. — Recherches basées sur les réactions des glandes sudoripares. — M P. Aubert, de Lyon. Si l'on fait passer par cataphorèse en un point de la peau une solution de pilocarpine au titre uniforme de 1 centigramme par gramme et que sur une partie seulement de la surface ainsi mise en sudation on fasse passer une solution d'atropine de plus en plus faible, on constate que l'action d'arrêt de l'atropine se produit toujours, mais avec un retard de plus en plus grand.

La méthode des empreintes sudorales donne un moyen facile d'apprécier à tout moment quel est l'état de la sudation sur le point de la peau mis en expérience.

Il est probable que l'on peut poser comme une loi de physiologie générale la conclusion suivante.

Si l'on fait agir sur un organe mis en activité par un agent excitant des doses décroissantes d'un agent paralysant, l'arrêt de l'excitation se produit avec un retard de plus en plus grand, c'est là presque une loi de mécanique analogue à celle d'un frein de moins en moins serré ou résistant appliqué à une force qui ne se renouvellerait pas.

Si en un point de la peau on fait passer une solution d'atropine seule et en un point homologue une solution mêlée d'atropine et de pilocarpine, on constate que la sécrétion sudorale se rétablit bien plus vite sur le côté qui a reçu les deux alcaloïdes.

En théorie et en fait il y a donc bénéfice pour les organes à l'emploi d'un antagoniste excitant bien choisi, quoique dans la pratique et lorsqu'il s'agit d'organes importants cette donnée théorique reste d'une application fort délicate.

De la transpiration insensible. — M. P. Aubert. Les anciens distinguaient la transpiration en sensible et insensible, la première se manifestant par une sueur visible à la surface de la peau, la seconde consistant en une simple évaporation.

Depuis la découverte des glandes sudoripares, la question doit être envisagée à deux points de vue :

Existe-t-il, une sécrétion sudorale assez peu intense pour se dissiper à mesure qu'elle se produit sans donner trace de son existence ?

Existe-t-il en dehors de la sécrétion sudorale une véritable évaporation se faisant à la surface de la peau ?

Sur le premier point j'ai établi par des expériences déjà anciennes que l'on peut recueillir les empreintes sudorales en ces points de la peau où aucune sécrétion visible ne paraît. On peut en avoir à tout moment la démonstration en faisant passer en un point limite une solution faible de pilocarpine. On constate alors que l'on peut, pendant une heure et plus, recueillir les empreintes sudorales alors que même avec la lampe, on ne voit aucune trace de sueur.

Quant à la question de savoir s'il existe une évaporation provenant directement du système sanguin ou lymphatique de la peau sans avoir été élaborée par les glandes sudoripares, elle paraît à première vue difficile à résoudre par la voie expérimentale. Unna admet cette évaporation et a invoqué en sa faveur divers arguments.

Je n'ai eu que trop récemment l'idée d'une solution expérimentale facile pour que je puisse vous donner le résultat définitif de mes recherches; je me bornerai à indiquer la méthode à suivre.

Cette méthode consiste à supprimer absolument la sueur sur une étendue suffisante de la peau. Cette suppression est facile à obtenir en faisant pénétrer par cataphorèse une solution faible d'atropine ou de quelque autre alcaloïde anhidrotique. On peut obtenir ainsi, pendant vingt-quatre à trente-six heures et plus, une suppression absolue de toute sécrétion sudorale sur la région mise en expérience. Il devient alors facile, en se mettant à l'abri de quelques causes accessoires d'erreur, de constater sous de petits récipients renfermant du chlorure de calcium et appliqués exactement sur la peau si, au bout de quelques heures, le chlorure sera devenu déliquescent ou humide, si, dès lors, il existe ou non une véritable transpiration insensible.

La méthode peut même, par les pesées exactes, devenir quantitative en faisant l'expérience comparative sur la région anhydrosée et sur la région homologue normale.

Abcès cutanés multiples et récidivants chez les jeunes enfants — La peau des enfants du premier âge offre un bon terrain de culture aux microbes banals de la suppuration; elle peut devenir le siège, à la suite d'irritations accidentelles, de suppurations multiples qui envahissent toute la surface du corps et se renouvellent pendant des mois. Il n'y a pas lieu d'invoquer une cause générale, il n'y a pas

yoémie. La maladie peut en imposer pour une manifestation gommeuse de la syphilis ou de la tuberculose.

la contagion de la pelade. — M. Horand fait une longue communication sur cette question dont voici la conclusion : résumé, sous le nom de pelade, on confond deux maladies différentes : la *pelade vraie* non parasitaire et non contagieuse, et la folliculite décalvante contagieuse, à parasite encore inconnu.

l'action des courants alternatifs de haute fréquence et haute tension sur quelques dermatoses. — M. Oudin, de Paris, a appliqué cette méthode à des cas d'eczéma rebelle, de psoriasis, de prurit, de pelade, et en a obtenu des résultats satisfaisants.

Dr Barbe.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE

Réuni à Edimbourg du 7 au 11 août 1894.

—

Adresse du président. — Le Dr Argyll Robertson remercie ses collègues de l'avoir choisi comme président de ce Congrès et il promet de lui consacrer tous ses efforts. Il leur souhaite la bienvenue au nom du comité exécutif, très heureux de leur visite à l'ancienne capitale de l'Ecosse. Après avoir fait allusion aux beautés d'Edimbourg et à quelques-uns de ceux qui ont rendu fameuse l'École de médecine de cette ville, il rappelle que trente-sept ans se sont écoulés depuis l'institution du premier Congrès international d'ophthalmologie à Bruxelles. Donders et Becker sont morts depuis le dernier Congrès tenu en 1888 à Heidelberg. Avec Donders nous avons perdu l'un des plus grands génies du monde scientifique ; à ce savant, nous devons une grande partie de nos connaissances actuelles dans le domaine de l'optique physiologique. Avec Becker, nous avons perdu un chirurgien de race, savant et habile, dont les recherches sur l'anatomie et la pathologie du cristallin sont devenues classiques. Nous devons regretter presque au même degré l'absence d'Helmholtz frappé par la paralysie, Helmholtz le plus grand physicien de notre époque auquel nous souhaitons une rapide guérison de la grave maladie dont il est atteint.

Au dernier Congrès à Heidelberg, on a soulevé la question de l'opportunité de continuer à tenir ces congrès. A cette question répond amplement le grand nombre des oculistes qui ont montré leur intention de prendre part au Congrès actuel, ce nombre montre que l'institution n'est pas en danger ; c'est, au contraire, une plante indépendante et vigoureuse, pleine de sève et de vie.

Sont nommés *vice-présidents* : MM. Power (Londres), Swanzy (Dublin) ; *secrétaire général* : M. Berry (Edimbourg) ; *secrétaires* : MM. Parent (France), Hess (Allemagne), Fergus (Grande-Bretagne).

Présidents d'honneur : MM. Panas, Meyer, Landolt (France) ; Schender, Leber (Allemagne) ; Hansen Grut (Danemark) ; Seymond (Italie) ; Snellen (Hollande), Roosa, Knapp (États-Unis) ; Critchett, Priestley Smith, Little, Pridgin Teale, Reid (Grande-Bretagne). Le Lord Prévot d'Edimbourg souhaite la bienvenue au nom de la ville, et, sur la proposition du président, est nommé membre honoraire du Congrès.

Séance du mardi 7 août. — Présidence de M. A. Robertson.

Traitement sous-conjonctival des plaies chirurgicales ou traumatiques de la cornée et de la sclérotique. — M. le prof. Snellen, d'Utrecht. Les blessures de la cornée et de la sclérotique sont fréquemment suivies d'une inflammation intense. Les risques sont diminués par le procédé de de Græfe, l'incision linéaire combinée avec l'iridectomie. L'infection après l'opération peut désormais, grâce au traitement antiseptique qui a été pour la première fois mis en pratique à Edimbourg, être presque entièrement évitée. Avec ou sans iridectomie, l'extraction de la cataracte doit être pratiquée avec un couteau étroit avec lambeau conjonctival. Le pansement de la plaie est assuré par un tampon d'ouate imbibé de sublimé. On hâte la guérison en suturant la conjonctive après l'extraction. Dans le glaucome, lorsque la tension est considérable dans la chambre antérieure, on fait autour de la cornée un certain nombre de petites ponctions pour laisser écouler l'humeur aqueuse. Dans les cas de traumatisme intéressant la cornée et la sclérotique, on détache un lambeau conjonctival pour le fixer par des sutures au-devant de la plaie de la cornée. Actuellement, avec moins de crainte de l'inflammation simple ou sympathique, on peut traiter avec succès des plaies autrefois considérées comme incurables.

Quelques observations sur l'extraction de cataractes déduites de 600 opérations. — M. Knapp (de New-York) Pendant les derniers quatre ans j'ai fait 630 extractions de cataracte. 30, étant tellement compliquées qu'un bon résultat était impossible, sont exclues de ce rapport.

Parmi les 600 extractions 52 (8,6 0/0) étaient combinées d'iridectomie. Les indications pour l'iridectomie ont été 1° des états pathologiques des yeux ; 2° une tendance manifeste au prolapsus de l'iris, c'est-à-dire l'impossibilité d'obtenir une pupille centrale et de la maintenir pendant les mouvements des yeux, le transport du malade de la chaise opératoire au lit quinze à trente minutes plus tard ; 3° des accidents pendant l'opération. Les résultats visuels ont été bons en 49 cas, mauvais en 3.

Parmi les autres 548 opérations par extraction simple, un enclavement de l'iris s'est montré en 55 cas (10,3 0/0), lequel a été traité par une opération (iridectomie, ablation, galvanocautère) en 14 cas, c'est-à-dire 22 0/0 du nombre des enclavements, 25 0/0 des extractions parmi lesquelles il y avait 2 cas d'extraction avec iridectomie. Les résultats des 55 cas ont été bons en 49 (20/20 en 7 cas), modérés en 2, perte de l'œil en 2, et perte des deux yeux en 2 cas (l'un avait des yeux dégénérés, l'autre une diathèse rhumatismale des plus prononcée).

Sur les 600 cas d'extraction, 403 opérations de cataracte secondaire, c'est-à-dire 66 0/0, ont été faites.

Presque toutes étaient des discissions avec une aiguille-couteau. L'indication pour tant d'opérations secondaires était mon désir de donner aux malades la plus grande acuité visuelle possible et de la rendre permanente.

J'ai pratiqué cette opération si souvent que je la considère comme presque sans danger. Aussi dans la série présente, seulement en 8 ou 10 cas l'acuité visuelle a diminué très peu, mais un œil l'a perdue entièrement par le fait d'un glaucome aigu pendant le voyage du patient à son domicile. La nature de la maladie n'était pas reconnue et le patient fut traité par des instillations d'atropine.

C'est le deuxième cas de la sorte venu à ma connaissance, et ce sont les seuls cas de perte sur au moins 1.500 de discission secondaire. Le glaucome aigu est une conséquence inhérente à la discission. Il peut toujours être guéri par les myotiques ou l'iridectomie, peut-être par la paracentèse de la chambre antérieure. Sur les 403 opérations de ce rapport, le glaucome s'est montré en 12 cas (3 0/0) dont 4 ont cédé à l'ésérine, 7 ont été guéris par l'iridectomie et le douzième est le cas de perte dont j'ai parlé.

M. Little (de Manchester). Je désire relater brièvement ma pratique hospitalière de ces cinq dernières années, en ce qui concerne l'extraction de la cataracte avec ou sans iridectomie. Pendant cette période j'ai fait 428 extractions. Sur ce nombre 106 étaient des extractions simples, les 322 autres étaient des opérations combinées. Dans tous les cas de ces deux séries, il s'agissait de cataractes sans complication, autant qu'on pouvait en juger.

Pour l'extraction simple, j'ai choisi les cas les plus favorables, c'est-à-dire par exemple des cataractes complètement mûres sans épaississement apparent de la capsule, des malades dociles et tranquilles, chez lesquels on n'avait pas à craindre une contraction intempestive du muscle orbiculaire.

Sur les 106 cas, j'ai eu 4 insuccès, 2 par suppuration consécutive à un prolapsus de l'iris, 1 par glaucome avec large synéchie totale et occlusion pupillaire par iritis.

J'ai eu 10 cas de prolapsus de l'iris, 2 avec les yeux perdus signalés ci-dessus, 1 que j'ai laissé sans y toucher et 7 autres chez lesquels j'excisai l'iris sans complication fâcheuse.

M. le professeur Panas (Paris). Je n'insisterai pas sur les avantages des deux méthodes — iridectomie ou pas — tout ayant été dit à cet égard. Quant à l'opération secondaire faite aseptiquement elle n'expose à aucun accident sérieux et a l'avantage de faire monter l'acuité visuelle au maximum de 1/15 à 1. Pour moi l'extraction de la cataracte secondaire, que je pratique depuis plus de vingt ans, ne m'a donné aucune complication primitive ou consécutive, à la condition expresse d'être faite tardivement trois à six mois après l'extraction. Deux fois en tout j'ai vu survenir du glaucome.

Toujours est-il que je restreins l'opération aux cas où le malade ne se déclare pas satisfait — et non dans tous.

M. Swanzy. Je suis partisan de l'extraction combinée de la cataracte parce que je n'ai pas le courage d'affronter ce que le professeur Knapp appelle une « certaine proportion de prolapsus irien », proportion qu'il admet être de plus de 10 p. 100. Mon propre pourcentage de prolapsus irien, sur 200 cas consécutifs d'extraction combinée, a été de moins de 2 p. 100. Je serai heureux d'adopter l'extraction simple lorsque le professeur Knapp aura réduit le nombre de ses hernies de l'iris à 1 pour 100 ou tout au moins à 2 p. 100. L'enclavement de l'iris n'est pas une chose insignifiante ; les dangers viennent de l'ophthalmie sympathique et du défaut de courbure de la cornée avec astigmatisme irrégulier, tandis que les avantages de l'extraction simple sont purement une affaire de sentiment. D'autre part, l'iridectomie n'a d'autre désavantage que de provoquer une légère déformation dont souvent ni le malade ni ses amis ne s'aperçoivent. L'avantage de l'iridectomie consiste en ce qu'elle fournit une très grande garantie contre le prolapsus; mais pour apporter la meilleure garantie possible contre le prolapsus, le colobome doit être étroit, plus étroit possible et l'iris doit être bien remis en pla avec la spatule ; en outre on doit instiller un myotiq avant et après l'opération.

M. Noyes (de New-York). Les contre-indications à l'e traction simple sont : 1° l'indilatabilité de la pupille, 2° présence d'une grande quantité de masses corticales ; 3° l'e cès de tension. En dehors de ces cas j'ai recours à l'extra tion simple et je fais une incision de presque la moitié d pourtour de la cornée. Je me sers de l'écarteur jusqu'à que j'aie terminé la section, puis je l'enlève ainsi que pince à fixation. Lorsque l'écarteur est enlevé, la paupièr supérieure est tenue au moyen d'un crochet à strabisme l'incision de la capsule prend la forme d'un T renver dont la branche horizontale est placée au-dessous de la pu pille; la section verticale est faite de haut en bas de telle sorte que la lentille soit repoussée de haut en bas plut que de bas en haut. Je fais une section dans le limbe j'instille de l'atropine avant et après pour empêcher le adhérences de l'iris avec la capsule. Je crois éviter le pro lapsus de l'iris en provoquant le moins de réaction possi ble ; je crois qu'en dehors de cela la seule cause, ce sont le mouvements de l'œil sous le pansement ; et il faut dir qu'une opération mal faite est la cause principale des mou vements des yeux. J'ai prouvé que la toux n'amenait pa nécessairement du prolapsus de l'iris. J'ai vu, d'autre part des vomissements donner lieu au prolapsus. J'ai quelque fois réduit une hernie de l'iris dans les vingt-quatre heure au moyen d'une spatule de platine et sous l'influence d la cocaïne; mais, dans la plupart des cas, il est indispensa ble de faire l'excision.

Le genre d'iridectomie que je pratiquais, avant d'arrive à l'extraction simple dans la plupart des cas, 80 p. 100 consistait à enlever simplement une très petite partie de la portion pupillaire. Dans les cas de glaucome, au contraire il faut enlever une large portion de la périphérie

Les inconvénients de l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte consistent 1° dans l'addition d'un autre temps à l'opération ; 2° en ce que ce temps est douloureux dans la plupart des cas et porte les malades à devenir indociles ; 3° en ce que le prolapsus de l'iris n'est pas plus rare après l'iridectomie et produit un enclavement ou une cicatrice cystoïde. L'extraction avec iridectomie n'est nullement à l'abri de tout reproche ; j'accorde que la kystotomie est plus facile après l'iridectomie. Mais l'extraction simple est une opération plus facile et elle ne donne pas plus d'astigmatisme que l'autre procédé. L'œil est dans un état plus naturel que lorsqu'il a été mutilé sans nécessité. Je suis arrivé à mon procédé opératoire actuel après avoir essayé toutes les méthodes qui ont été préconisées depuis l'extraction à lambeaux ; depuis plus de trente ans, je me déclare satisfait de mon procédé actuel, d'autant plus qu'il est devenu meilleur par l'application de l'asepsie et de l'antisepsie et par l'emploi de la cocaïne.

M. Hansen Grut (Copenhague) pense comme le professeur Panas, que nous n'en finirons jamais, si nous commençons à discuter l'opération de la cataracte avec ou sans iridectomie. Les statistiques ne sont pas propres à élucider cette question.

Il désire demander au professeur Snellen pourquoi il défend son lambeau conjonctival. Ce lambeau est pratiqué en ophthalmologie depuis des années et lorsqu'il nous arrive

voir se produire par suite d'une section trop périphé- de la cornée, il occasionne des hémorrhagies, rend ration plus difficile et augmente les craintes d'infec

Depuis que nous faisons des sections cornéennes s périphériques, nous n'avons plus le lambeau con- ival et sans doute à la satisfaction de tout le monde. ns la communication du professeur Knapp, je ne vois que nous n'ayons tous fait. La seule différence c'est nous ne pouvons tous garder nos malades assez long- s pour leur faire une discision que l'on nous conseille e faire que trois semaines, ou moins, après l'extrac- Il est évident que nous voudrions tous avoir le résul- déal que l'on obtient par la discision, mais le Dr Knapp ble avoir des malades plus obéissants que la plupart tre nous.

n résumé, nous ferions bien de ne pas nous engager avant dans cette discussion sur l'extraction. Chaque rateur expérimenté croit que sa méthode particulière supérieure à toutes les autres et on n'arrivera pas à le vaincre du contraire. Les vieux praticiens ne retireraient un bénéfice d'une discussion qui, d'autre part, ne servi- qu'à embarrasser les jeunes.

I. Critchett (de Londres) j'ai discuté si complètement avantages relatifs de l'extraction simple et de l'extrac- combinée au Congrès de 1888, que je ne voudrais pas uper cette séance par la même discussion, d'autant plus e je partage absolument les idées exprimées par M. Swan-

Je désire toutefois mentionner un point de pratique re- ivement à la douleur causée par l'iridectomie, douleur à uelle le Dr Noyes a fait allusion.

Presque immédiatement après la découverte de la co- ine, j'ai adopté le plan suivant. Aussitôt après la section la cornée, je fais passer dans la chambre antérieure au oyen d'une curette quelques gouttes d'un collyre à la co- ine ; au bout d'une à deux minutes l'iris est anesthésié. me sers dans chaque cas d'une solution fraîche de co- ine.

Je n'ai qu'une courte observation à faire au sujet de la psulotomie. Au commencement de ma carrière, suivant méthode de Bowmann et de mon père, j'ai fait l'incision la capsule verticalement et j'ai trouvé que dans un cer- in nombre de cas les deux moitiés de la capsule divisée u bien ne se séparaient pas ou bien venaient l'une au-de- ant de l'autre. Depuis quelques années, j'obvie à cet in- onvénient en faisant mon incision horizontale.

M. Teale (de Leeds). Depuis vingt ans j'ai défendu l'aban- ion de l'iridectomie dans l'opération de la cataracte et j'en i fait le sujet de mon discours Bowmann en 1893 ; ma onviction est basée sur ce que avec une bonne incision omme celle que j'ai décrite, l'opération n'est pas plus dif- icile que l'extraction combinée ; au point de vue de la echnique elle vaut mieux ; dans ses résultats moyens elle ui est égale, dans les cas de résultat parfait elle lui est su- périeure. Je n'espère pas que les hommes d'une grande ex- périence qui ont acquis cette expérience dans la pratique le l'extraction combinée l'abandonneront pour un procédé nouveau, mais c'est une question à laquelle les jeunes doi- ent penser afin d'adopter en connaissance de cause le pro- édé opératoire qui peut leur donner les résultats les plus parfaits.

M. Snellen. L'opération de la cataracte est trop compli- quée pour que l'on puisse juger d'après la statistique de la valeur des différentes méthodes. Le choix des malades, l'expérience de l'opérateur, la valeur des assistants, la qua- lité des instruments et d'autres circonstances doivent être pris en considération. Comme M. Knapp le disait avec rai- son à propos de la discision de la capsule, chaque cas doit être étudié isolément.

Au sujet du prolapsus de l'iris, il faut rechercher dans chaque cas quel en est la cause. Mes résultats montrent que le prolapsus de l'iris pendant l'opération est probable- ment la cause du prolapsus secondaire. Je recommande donc de ne pas réduire un prolapsus de l'iris mais de l'exciser.

Pour empêcher la hernie de l'iris pendant l'opération, il faut 1° faire une plaie large ; 2° anesthésier l'œil complète- ment ; 3° ne pas se servir d'écarteur ; 4° instiller de la pi- locarpine pendant l'opération. On ne doit se servir d'atropine que vingt-quatre heures après.

En ce qui concerne la capsule, le mieux serait de l'enle- ver en même temps que la lentille, mais dans la plupart des cas il y a une grosse objection. Nous nous rapprochons autant que possible de cet idéal, en ponctionnant cette cap- sule pendant le traitement après l'opération. Dans la plupart des cas je déchire la capsule, avec une aiguille, une quin- zaine de jours après l'extraction ; les malades ne disent rien quand on les a prévenus d'abord comme je le fais toujours. L'aiguille doit pénétrer par le côté opposé de la cornée, la capsule est toujours facile à déchirer à cette période ; comme la capsule devient plus épaisse par la suite, l'opération est alors plus dangereuse.

M. Knapp. M'appuyant sur mon expérience récente, je maintiens l'opinion que j'ai déjà exprimée, à savoir que l'ex- traction simple est non seulement la meilleure opération, mais qu'elle est encore la plus sure. Le Dr Swanzy m'ac- corde 10 p. 100 de prolapsus. C'est en effet ce que j'ai dit, mais j'ai ajouté que 14 cas seulement, c'est-à-dire 25 p. 100 de mes prolapsus, avait nécessité un traitement opéra- toire. Les autres ont guéri spontanément, quelques-uns avec persistance d'une petite protrusion sans irritation, ne gênant pas sérieusement la vision ; dans les autres cas le prolapsus a disparu. Dans l'extraction combinée, par le fait de l'enclavement fréquent d'une partie invisible de l'iris et de la capsule dans la cicatrice l'œil est moins résistant aux influences nuisibles que lorsque l'iris a été respecté. En ce qui concerne l'opération secondaire, je la pratique dans envi- ron 2/3 des cas, toutes les fois que la vision n'est pas très bonne, et je trouve bien peu de malades qui protestent. Lorsque la discision a été faite avec succès ce qui arrive dans la grande majorité des cas, elle laisse un œil idéal. Lorsque je fais la discision secondaire plus tard que un ou deux mois après l'extraction, c'est parceque les malades ne sont pas revenus plus tôt. Leur vue, très bonne pendant les quelques mois qui ont suivi l extraction, est devenue ensuite plus mauvaise. L'opération peut encore être faite sans réaction notable, s'il n'y a pas de produits inflammatoires dans le champ pupillaire.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Le Congrès d'Edimbourg.

Nous commençons ci-dessus le compte-rendu de la huitième session du Congrès international d'ophtalmologie qui vient de se réunir à Edimbourg les 7, 8, 9 et 10 août. Ce n'est pas que ce Congrès soit destiné à opérer une révolution dans la science ophthalmologique, bien loin de là; mais on peut dire à sa décharge qu'il ne se tient que tous les six ans. Ce compte rendu a le seul mérite de donner, d'une façon fort imparfaite, d'ailleurs l'état actuel de l'ophthalmologie dans les divers pays représentés à ce congrès.

C'est, d'ailleurs, une qualité et un défaut communs à tous les congrès. On va là pour voir un pays nouveau, à cette époque de voyages et de vacances, pour voir la figure de gens dont on connaît le nom de longue date, mais avec lesquels on ne s'est pas encore rencontré. C'est un moyen, en somme, de passer quelques journées agréables et même quelque peu instructives, mais c'est tout.

Les congrès internationaux ont l'inconvénient d'être de véritables tours de Babel, où la confusion des langues, pour être réduite à trois, le français, l'anglais et l'allemand, n'en est pas moins pénible pour ceux qui ne sont pas très ferrés sur ce chapitre. On voudrait bien répondre à telle communication, mais on n'est pas sûr d'avoir bien compris et mieux vaut se taire que de partir en guerre contre une opinion qui se trouve être exactement la vôtre, ou couvrir de fleurs un procédé opératoire que vous avez déjà déclaré déplorable.

Ce Congrès d'Edimbourg n'a donc été ni meilleur ni pire que ses devanciers, peut-être moins bon toutefois, parce que, la science se diffusant de plus en plus vite, il est de plus en plus rare qu'on apporte à un congrès quelconque une opinion qui ne soit déjà très connue. Ces foires scientifiques méritent de durer cependant, pour le plaisir que l'on éprouve à voyager ensemble.

Nous étions relativement nombreux à ce congrès : environ deux cents. Il y avait l'attrait d'une ville délicieusement pittoresque et jolie, et des lacs d'Ecosse, un peu surfaits. En dehors de cela, il faut bien reconnaître que ce congrès était aussi mal organisé que possible et qu'à ce seul point de vue il pourra servir de leçon aux organisateurs du prochain congrès.

Celui-ci aura lieu à Utrecht en 1900. Les Français avaient proposé Paris avec d'autant plus de raison qu'en 1900 nous aurons notre exposition universelle; on nous a répondu que c'était précisément une raison pour ne pas venir nous voir à cette époque, parce qu'il y aurait à Paris trop de plaisirs réunis pour pouvoir bien travailler; le professeur Snellen, d'Utrecht, et le professeur Hansen Grut, de Copenhague, ont proposé Utrecht. Lorsqu'on a passé au vote, nous nous sommes bien trouvés une douzaine à voter pour Paris; au contraire, une quarantaine d'Allemands et d'Anglais ont voté pour la Hollande. C'est donc décidé, dans six ans, on ira Utrecht. On n'y travaillera peut-être guère, mais au moins, on ne s'y amusera pas.

A. Chevallereau.

La formation des sexes.

Un des problèmes les plus intéressants de la biologie est de connaître les lois qui président à la formation des sexes. M. Nicolas, d'Avignon, vient de faire une communication sur la formation du sexe chez les hyménoptères osmia au Congrès international de zoologie de Moscou. Les faits qu'il signale sont très suggestifs.

Il a réussi à faire pondre les osmia dans des tubes de roseau qu'il gardait dans son laboratoire; de cette façon, il pouvait étudier aisément les mœurs de ces animaux.

Les osmia pondent dans le tube une série d'œufs, séparés les uns des autres par une cloison; de sorte que le plus près de l'ouverture donnera naissance à un mâle, et les autres à des femelles. La ponte se termine donc toujours par un mâle et débute par des femelles. Les cellules qui contiennent des femelles sont toujours plus spacieuses pour faciliter leur développement, car elles sont plus grosses que les mâles. La pondeuse y accumule plus de provisions; elle a donc conscience du sexe qu'aura l'insecte sorti de l'œuf.

Mais est-ce la nourriture seule qui influe sur le sexe? On a soutenu cette théorie pour les abeilles. Il aurait suffi dans une ruche que les ouvrières donnent la pâtée royale à une des leurs et agrandissent sa cellule pour en faire une reine. Les expériences de M. Nicolas contredisent cette assertion. Il a transposé les œufs de position, mis un œuf mâle dans une cellule de femelle et *vice versa*. Rien n'a été changé, seulement la femelle mal nourrie était chétive, malingre, tandis que le mâle largement approvisionné, contre son habitude, est devenu un superbe reproducteur.

De plus, il est évident que, par un mécanisme spécial mais ignoré, la mère donne, au moment voulu, le sexe à l'œuf qu'elle va pondre, mais rien n'est ordonné par avance, puisque, suivant la nécessité, on peut faire pondre à volonté une suite d'œufs mâles ou femelles. Il suffit d'offrir des roseaux courts ou bien d'un diamètre différent aux mères qui pondent à leur gré le nombre d'œufs femelles nécessaires pour remplir le tube, en terminant toujours par un mâle le plus près de la sortie, quel que soit le nombre d'œufs femelles pondus.

Parfois les osmia se servent pour pondre de nids d'anthophores abandonnés, qui sont des ampoules en forme de poire avec goulot étroit de sortie. La capacité de ces ampoules est trop petite pour contenir deux œufs femelles dans sa largeur et trop grande pour recevoir deux œufs mâles. Dans la partie large et ventrue,

ia pond d'abord un œuf femelle et dans la partie
cie un œuf mâle.
Nicolas a alors renversé le nid d'anthophore,
t l'ampoule dans sa partie large et fermé le
t, la mère a commencé alors par pondre un œuf
dans le goulot, puis une femelle dans la partie
.
s osmia pondent donc à volonté des œufs mâles
melles. Que de femmes voudraient en faire autant !

Secret professionnel.

Dr Leroy avait été condamné par le tribunal cor-
onnel du chef de s'être retranché derrière le
t professionnel et d'avoir refusé de divulguer,
l'enquête au cours d'une action en divorce pen-
e entre un mari et une femme qu'il avait soi-
, certains faits dont il avait connaissance à raison
a profession et qui devaient être de nature à influer
e sort de l'action. Le mari, il est vrai, avait relevé
ecret le Dr Leroy, mais ce dernier estimait que
ivulgation des faits était de nature à porter pré-
ce à la femme et même à des tiers.
uestion importante : car c'est la première fois
ne Cour d'appel de Belgique la tranche par un
t de principe.
. l'avocat général Edmond Janssens a soutenu le
-fondé de la thèse des juges anversois ; d'après lui,
e matière du secret professionnel ne touche pas de
rès à l'ordre social qu'il faille l'ériger en règle
érale : elle reste soumise à la nécessité plus haute
a bonne administration de la justice.
es conseils de l'appelant, Mes Bonnevie et Ryckmans,
vigoureusement combattu cette manière de voir.
ecret tient à l'essence même de la profession, il
une condition inaliénable de son exercice. Or, les
lecins, les avocats, les confesseurs sont des agents
essaires de notre organisation sociale ; la justice
si est une nécessité, la plus élevée de toutes ; mais
'y a pas qu'elle : il faut qu'elle respecte intégrale-
nt les autres organes de l'activité sociale.
a Cour a adopté la thèse de la défense. En consé-
nce, le jugement d'Anvers a été réformé, et le
Leroy déchargé de la condamnation prononcée
tre lui.

NOUVELLES

'aculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Par
été ministériel, en date du 31 juillet dernier, sont main-
us dans leurs fonctions de chargés de cours complémen-
res à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bor-
ux pour l'année scolaire 1894-95 :

MM. A. Boursier, Clinique des maladies des femmes. — W. Dubreuilh, Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — E. Régis, Clinique des maladies mentales. — A. Moussous, Clinique interne des maladies des enfants. — Pousson, Clinique des maladies des voies urinaires. — Moure, maladies du larynx, des oreilles et du nez. — Denucé, pathologie externe. — Rivière, accouchements. — Denigès, chimie.

Distinctions universitaires — Par arrêté ministériel, en date du 28 juillet 1894, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Badal, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Blarez, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Bodin, professeur à l'École de médecine de Tours ; Caillol de Poncy, professeur à l'École de médecine de Marseille ; Deroye, directeur de l'École de médecine de Dijon ; Fleury, professeur à l'École de médecine de Nantes ; Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Laguesse, professeur à l'École de médecine de Dijon ; Lemaître, professeur à l'École de médecine de Limoges ; Moynier de Villepoix, chef des travaux à l'École de médecine d'Amiens ; Raimbault, professeur à l'École de médecine d'Angers ; Schmitt, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Marc Sée, chirurgien au lycée Saint-Louis ; Tedenat, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Tinel, professeur à l'École de médecine de Rouen ; Trabut, professeur à l'École de médecine d'Alger.

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Belin, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris ; Bellamy, professeur à l'École de médecine de Rennes ; Bertin, chef de travaux à la Faculté de médecine de Montpellier ; Cayla (de Bergerac), Dargelos (d'Aix) ; Demoulin, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris ; Ducamp, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier ; Estor, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier ; Gourret, suppléant à l'École de médecine de Marseille ; Haushalter, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Herpin, professeur à l'École de médecine de Tours ; Hervouët, professeur à l'École de médecine de Nantes ; Houradou (de Figeac) ; Lesgouillons (de Compiègne ; Peugniez, professeur à l'École de médecine d'Amiens ; Prenant, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Régis, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Rivière agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Salièges d'Alger) ; Sandoz, préparateur à la Faculté de médecine de Paris ; Sigalas, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux ; Sokeel (de Douai) ; Soulié, suppléant à l'École de médecine d'Alger.

Comité consultatif d'hygiène. — Le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni lundi au ministère de l'Intérieur, sous la présidence de M. Proust, inspecteur général des services sanitaires.

M. Proust a fait l'exposé de la situation sanitaire extérieure et intérieure. En France, il y a eu un cas de typhus à Nelles, dans la Somme, et aux Andelys (Eure), où une sœur de l'hospice a été atteinte.

Il y a de la variole dans la Manche. Le directeur de la santé de Cherbourg a fait connaître qu'il y a eu pendant le mois de juillet 60 cas et 17 décès. Au 1er août, il restait en traitement à l'hôpital 12 malades. Un service gratuit de vaccination fonctionne d'une manière permanente.

A Saint-Vaast-la-Hougue, quelques nouveaux cas de va-

riole ont été constatés. Le nombre des personnee atteintes depuis le commencement de l'épidémie est de 40. Il y a eu 8 décès. Parmi les malades ayant succombé, on constate 2 enfants non vaccinés et 4 adultes non revaccinés.

A Clermont, dans l'Oise, une légère épidémie sévit depuis quelque temps dans le quartier des femmes à l'asile d'aliénés. 18 personnes ont été atteintes, mais il n'y a pas eu de décès. Les mesures d'isolement et de désinfection ont été prises de façon très sérieuse.

A l'Hôtel-Dieu de Rouen, il y a eu, du 29 juillet au 4 août, 22 varioleux en traitement.

La dysenterie a fait deux victimes à Montjoux, dans l'Aveyron, dans le mois de juillet. Un précédent décès s'était produit au mois de février. On a constaté, en outre, 22 cas non suivis de décès dans la même commune ; 15 malades sont encore en traitement.

Les germes de la maladie auraient été apportés par un soldat revenant des colonies.

Le médecin des épidémies a été envoyé dans la commune pour défendre que les eaux polluées fussent employées à l'alimentation.

Le choléra sévit à l'étranger.

A Liège, depuis le 7 juillet jusqu'au 4 août, il y a eu 137 cas et 18 décès, et dans les communes environnantes 180 cas et 58 décès.

Depuis le 29 juillet, on a compté à Maestricht 44 cas et 21 décès ; les victimes sont presque tous des bateliers.

Un cas signalé à Amsterdam est officiellement attribué au choléra asiatique. Le malade, un professeur de comptabilité, a succombé. Toute une famille de mariniers à Halfweg, à mi-chemin entre Amsterdam et Harlen, a été atteinte du fléau. Le père est déjà mort. La mère et l'enfant sont dans une situation désespérée. Les autorités appliquent rigoureusement toutes les mesures recommandées.

L'épidémie cholérique, en voie de décroissance dans les différentes parties de l'empire russe, se propage rapidement en Pologne.

Il y a eu du 16 au 31 juillet 1.613 cas et 1.099 décès.

La ville d'Andrinople (Turquie) a été isolée sous cordon militaire, ses débouchés rigoureusement fermés. L'épidémie, assez modérée en ville, sévit très activement dans les casernes qui contiennent plus de 12.000 hommes de troupes.

En Asie mineure le choléra a continué sa marche envahissante et menace d'atteindre bientôt le littoral. Il vient d'éclater à Angora, tête de ligne du chemin de fer qui aboutit à Constantinople.

Les derniers arrivages des pèlerins de la Mecque se sont effectués sans incidents sanitaires.

La peste sévit en Chine. A Hong-Kong, la première chose que les malades aperçoivent en arrivant à l'hôpital est une pyramide de cercueils. Les soins donnés aux malades chinois sont nuls ; les médecins n'essayent même plus de traiter les malades, qui sont plongés dans une sorte d'hypnotisme causé par la terreur. Il semble qu'aucun d'eux ne se fasse illusion sur le sort qui lui est réservé. Ce découragement s'explique d'ailleurs facilement si l'on songe que pas un Chinois n'est sorti vivant de cet hôpital depuis le début de l'épidémie.

Les Européens, au nombre de dix sur le bateau-hôpital, sont dans une situation relativement satisfaisante.

Le Dr Chantemesse, inspecteur général adjoint des services sanitaires, a lu un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde à Montlignon (Seine-et-Oise).

Le typhus. — Le ministre de l'Intérieur vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante au sujet des cas de typhus exanthématique constatés en divers points :

Le typhus exanthématique, qui, jusqu'à ces dernières années, était rarement observé en France, a fait depuis deux ans son apparition dans quelques départements du Nord et de l'Ouest. Il importe de l'empêcher de s'étendre.

Cette affection est très contagieuse. Elle expose ceux qui soignent ou approchent les malades à de graves dangers. Dans ces conditions, il est du devoir de l'administration sanitaire de généraliser les instructions adressées, en 189[illegible], à quelques-uns de vos collègues et d'appeler l'attention des autorités locales sur les mesures les plus propres à prévenir la maladie et en atténuer les effets.

Conditions dans lesquelles se développe le typhus. — La première difficulté est de reconnaître dès le début le typhus dont les symptômes sont souvent mal déterminés et échappent aux médecins qui n'ont pas eu l'occasion d'observer cette maladie.

D'après une observation constante, le typhus est, dans la plupart des cas, apporté et propagé par les cheminaux, les saltimbanques, les voyageurs indigents et, en général, tous les gens menant une existence nomade, couchant soit dans les roulottes, soit dans des bâtiments spéciaux affectés à cet usage par les communes rurales, soit enfin dans des auberges.

Il faut donc considérer tous ces individus comme suspects et exercer sur eux et les locaux dans lesquels ils sont admis une surveillance particulière.

Mesures à prendre dans les asiles de nuit en vue de prévenir l'apparition du typhus. — 1° Voyageurs. — La mesure la plus efficace consiste dans les soins de propreté à donner aux voyageurs et dans la désinfection de leurs effets. Autant que possible, on devra mettre les voyageurs à même de prendre une douche ou un bain et désinfecter leurs effets en les passant à l'étuve. A défaut d'étuve, ces effets pourraient être trempés dans une solution de sublimé à 1 0/00.

Il faut, pour que cette opération soit possible, que les établissements de refuge soient pourvus des moyens de vêtir les hospitalisés pendant le temps qu'ils les recueillent.

2° Locaux. — Les administrations municipales doivent pratiquer la désinfection fréquente des locaux appelés à recevoir des vagabonds, des draps et objets de literie dont ils se sont servis. Les principales précautions à prendre sont les suivantes :

Laver tous les matins les locaux à l'eau phéniquée, blanchir les murs à la chaux tous les huit jours ; laver à l'eau phéniquée les lits de camp là où il en existe, et désinfecter à l'étuve, à l'acide sulfureux ou au sublimé les objets de literie.

Là où les voyageurs couchent sur la paille, brûler tous les matins cette paille et la remplacer par de la paille fraîche.

Quant aux établissements privés, aux auberges ou aux roulottes, il importe d'en assurer la désinfection par tous les moyens dont les municipalités disposent et toutes les fois que la chose sera possible, en faisant comprendre aux propriétaires l'importance de cette mesure prophylactique.

léfaut de ces précautions, des institutions charitables
ent devenir dangereuses par les facilités qu'elles offrent
communication et à la dissémination des germes mor-
s.

*sures à prendre dans le cas de maladie suspecte ou con-
e.* — DÉCLARATION. — Tout cas de maladie suspecte
enu chez un des individus dont nous avons parlé doit
immédiatement porté à la connaissance de l'adminis-
on par les directeurs d'asile, les hôteliers, les agents
olice ou les gardes champêtres. Quant aux médecins,
claration de toute affection épidémique est pour eux
atoire.

LADES ADMIS A L'HOPITAL. — Jusqu'à ce que le diagnostic
iettement établi que la maladie n'est pas le typhus, les
ades appartenant aux catégories d'individus dont il vient
e question seront tenus pour suspects de typhus et
és comme tels, c'est-à-dire rigoureusement isolés. En
n cas, ils ne devront être maintenus dans la salle.

ARDES-MALADES. — Les personnes qui donnent des soins
typhiques doivent, autant que possible, ne soigner
ux et ne pas approcher d'autres malades. Elles porte-
un costume spécial qui ne sortira pas du service hos-
lier et sera l'objet des mêmes mesures de désinfection
les effets des malades. Elles prendront pour elles-
nes les précautions antiseptiques indiquées.

FFETS DES MALADES. — Les mesures prophylactiques à
liquer sont, d'une façon générale, celles que l'on a
seillées pour les fièvres éruptives : désinfection rigou-
se des effets portés par les malades au cours de la ma-
e; désinfection de tous draps, linges, objets de literie
ur usage; désinfection des crachoirs qui devront être
agés et maintenus pendant une demi-heure dans l'eau
illante. A la terminaison de la maladie, désinfection de
te la literie. Le malade ne devra sortir qu'avec des effets
ièrement désinfectés.

Cette désinfection s'effectuera soit à l'étuve, soit, si l'on
dispose pas d'étuve, par l'immersion des effets, linges,
ps, pendant trois heures, dans une cuve contenant de
u additionnée de sublimé à 1/10000.

Pour les matelas ou paillasses, si l'on ne dispose pas
tuve, on ne doit pas hésiter à brûler la paille ou la laine
à désinfecter la toile d'enveloppe, si elle en vaut la peine,
r l'immersion dans la solution de sublimé.

LOCAL. — Le local occupé soit en ville, soit à l'hôpital, par
ou les malades sera rigoureusement désinfecté.

MALADES SOIGNÉS HORS DE L'HOPITAL. — Pour les soins à don-
r à ces malades, on suivra autant que possible les indi-
tions ci-dessus.

AVIS AUX MUNICIPALITÉS DES COMMUNES DANS LESQUELLES SE REN-
NT DES SUJETS SUSPECTS. — Enfin, les administrations mu-
cipales devront, dans la mesure du possible, avertir les
aires des communes dans lesquelles se rendraient des
rsonnes sortant de milieux infectés de typhus, et les
aires, ainsi avertis, devront exercer sur les personnes si-
alées une surveillance discrète, de manière à pouvoir
ir dès le début de la maladie, si celle-ci venait à se dé-
arer.

Il ne vous sera sans doute pas très difficile d'organiser ce
rvice d'information pour les personnes sortant d'un
fuge, d'un garni, d'un hôpital, d'une prison, ou voyageant
vec des secours de route.

Le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux
ecteurs la circulaire suivante :

Je vous prie de faire rappeler aux élèves des établissements d'enseignement secondaire de votre ressort qui se destinent aux études médicales :

1° Que ceux d'entre eux qui seront pourvus du baccalauréat ès sciences restreint en même temps que du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) ou de l'ancien baccalauréat ès lettres, avant la clôture des registres d'inscription en novembre prochain, pourront commencer et achever leurs études médicales sous le régime du décret de 1878. Ils seront admis à prendre leur première inscription de médecine au trimestre du 4 novembre prochain ;

2° Que ceux qui n'auraient pas obtenu le diplôme de bachelier ès sciences restreint au plus tard à la session de novembre 1894 seront tenus de faire dans une Faculté des sciences, ou dans le cas spécifié par l'article 7 du décret du 31 juillet 1893, près d'une école de médecine, l'année d'études préparatoires au certificat des sciences physiques, chimiques et naturelles institué par le susdit décret.

Passé la session de novembre 1894, il ne sera plus délivré de diplômes de bachelier ès sciences restreint.

Le Congrès international pour la protection des animaux utiles. — Le 18 août le Congrès a entendu le rapport sur la question de l'abatage du bétail en Suisse et en Saxe, où le mode israélite est interdit.

Divers délégués allemands ont demandé au Congrès d'approuver la Suisse et la Saxe. Le groupe modéré a proposé de prendre simplement acte des rapports, ce qui a été décidé à une grande majorité.

La séance d'aujourd'hui est entièrement consacrée à la vivisection. Le prélat Landsteiner de Vienne, a lu un très long rapport contre les horreurs pratiquées au nom de la science. Il a été fréquemment applaudi. Il a conclu en demandant que le congrès condamne la vivisection aussi longtemps qu'il ne sera pas apporté de preuve que les expériences se font sans cruauté.

De nombreux orateurs ont parlé : tous contre la vivisection. M. Kapf, délégué de Stuttgard, a dit que le moment était enfin venu de prendre des résolutions énergiques. L'Europe et l'Amérique les attendaient. Il a donné lecture d'un télégramme qu'il venait de recevoir de Londres, signé de nombreux dignitaires anglais, dont huit évêques, et demandant que le congrès condamne résolument la vivisection.

M. Sigmund, professeur à Bâle, a proposé de condamner la vivisection en principe, mais de laisser agir les sociétés de tous pays et d'attendre les résultats de leurs efforts.

Procédé peu connu d'extraction des corps étrangers sous-palpébraux. — M. le Dr Bourgeois (de Reims) consigne, dans le *Recueil d'ophthalmologie*, le fait suivant qui lui a été rapporté par une personne absolument digne de foi :

« En 1885, M. et Mme D..., faisant un voyage en Bretagne, visitèrent la presqu'île de Quiberon. En descendant du chemin de fer pour se rendre à l'hôtel, Mme D..., eut la malencontreuse idée de relever sa voilette, et d'imperceptibles grains de sable pénétrèrent dans son œil droit. L'œil devint rouge et de vives douleurs se firent sentir, au point que l'on fut obligé de demander un médecin. Il n'en existait pas dans la commune et l'on songeait à partir le plus vite possible pour Paris, quand un domestique de l'hôtel indiqua qu'il y avait une femme, simple journalière, appelée la *femme à la langue*, qui avait le talent d'extraire les grains de sable entrés dans les yeux.

« La femme prévenue s'empressa de quitter son travail et de venir à l'hôtel. Elle introduisit sa langue sous la paupière supérieure de l'œil malade et à deux reprises différentes elle ramena les grains de sable à l'extrémité de sa langue. Aussitôt après, l'œil reprit sa physionomie ordinaire et les douleurs disparurent comme par enchantement. »

Nos confrères de la Bretagne connaissent-ils l'existence de ce collègue féminin, qui rend service à ses compatriotes sans recourir à d'autre instrument que sa langue, ne se souciant pas d'ailleurs de l'antisepsie ?

On peut rapprocher ce fait du lèchement employé comme méthode thérapeutique oculaire dont le Dr Costomoris, d'Athènes, a cité les exemples dans sa communication au Congrès de la Société française d'ophtalmologie de 1888.

La pustule maligne à Paris. — M. Lancereaux a fait au Conseil d'hygiène une communication relative à trois cas de pustule maligne observés récemment à Paris. Ces pustules malignes résultent de la manipulation de peaux de provenance étrangère et il y aurait lieu de les désinfecter avant de les livrer à l'industrie.

Malheureusement toutes les substances employées jusqu'ici, le sulfate de cuivre en particulier, détériorent les peaux. M. Schutzenberger a proposé un nouvel agent, le formol, qui pourrait être étudié à ce point de vue spécial.

Tarif de frais de séjour dans les hôpitaux de Paris. — Actuellement, les malades adultes payent le même prix, soit 3 fr. 50 par jour, dans les services de médecine et de chirurgie, et les enfants remboursent 2 fr. 80 par jour ; les accouchements payants, dans les hôpitaux et chez les sages-femmes, sont tarifés à raison de 3 fr. 30.

Le nouveau tarif comportera un prix différent pour la médecine et la chirurgie ; il est ainsi fixé :

Pour les adultes : 3 fr. 30 en médecine et 5 fr. en chirurgie. Pour les enfants : 2 fr. 80 en médecine et 3 fr. 50 en chirurgie. Pour le séjour à Berck : 2 fr. 10. Pour les accouchements : 5 fr. par jour.

Statistique des maladies contagieuses à Paris. — Le Conseil d'hygiène et de salubrité a émis le vœu que l'on publiât la statistique des déclarations de maladies contagieuses faites à l'Administration.

Cette statistique serait distribuée hebdomadairement avec le « Bulletin hebdomadaire de statistique municipale ». Les personnes intéressées à connaître l'état sanitaire de Paris auraient ainsi sous les yeux tous les documents nécessaires pour apprécier l'état de la santé publique, puisque, d'une part, elles trouveraient la statistique mortuaire de la ville de Paris et, de l'autre, les déclarations faites, ce qui permettrait d'établir la morbidité des maladies contagieuses à un moment donné.

Dans cette statistique, l'expression « choléra » sera donnée sous deux rubriques, afin d'éviter la confusion entre le choléra vrai et les nombreuses maladies cholériformes, qui sont souvent déclarées purement et simplement comme « choléra ».

Exposition internationale d'hygiène urbaine et maritime et d'hydrothérapie à Boulogne-sur-Mer. — L'Exposition d'hygiène urbaine et maritime et d'hydrothérapie organisée à Boulogne-sur-Mer a ouvert ses portes depuis quelques jours et déjà elle s'annonce comme un succès.

L'inauguration officielle en sera faite le dimanche 5 août, par M. Mastier, directeur des Affaires départementales et communales, délégué du Ministre de l'Intérieur.

Outre son caractère d'utilité, cette exposition intéressant au point de vue du confortable dans l'existence présente des côtés pittoresques ; il est curieux de constater et d'étudier.

A cette époque de l'année où Boulogne-sur-Mer contient une nombreuse colonie étrangère, les galeries de l'Exposition d'hygiène ne désemplissent pas.

Grâce aux facilités accordées aujourd'hui par les chemins de fer pour se rendre à la mer, rien n'est plus aisé que de passer quelques jours à Boulogne, ne fût-ce que pour y visiter cette très attachante exposition, dont le succès égalera, s'il ne la surpasse, celui obtenu par les entreprises du même genre faites à Dijon et au Havre en 1893.

L'exposition durera jusque fin septembre.

Nécrologie. — Le Dr Burlet (Philibert), de Meximieux (Ain), reçu en 1872. — Le Dr Mazard, ancien professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Limoges, officier de l'instruction publique, reçu en 1843.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Société française d'Hygiène vient de publier le **Manuel d'Hygiène coloniale**, rédigé au nom d'une Commission de la Société, par le Dr Ad. Nicolas, de la Bourboule, que ses travaux sur la matière désignaient pour cet office. *Le Manuel* résume, sous une forme originale et très personnelle, les travaux des Lauréats du Concours, institué l'an dernier par la Société. Ce nouveau *Tract* continue brillamment la série déjà si remarquable des publications analogues de la Société. Ce nouveau *Manuel* se divise tout naturellement en deux parties. Pour la première le Rapporteur expose succinctement le problème de la colonisation et les moyens que l'Hygiène et l'Industrie mettent à la disposition des colonisateurs pour établir dans les conditions les plus satisfaisantes, le premier *campement*, qui sera bien souvent la ville future.

La seconde partie expose les conditions de résistance au climat du colon, et les moyens de la maintenir et de l'accroître. — En vente au siège de la Société, 30, rue du Dragon et chez Félix Alcan, édit., 108, boulevard Saint-Germain. — Prix : 1 fr. 50.

Eléments d'anatomie et de physiologie génitale et obstétricale, par le Dr Pozzi. 1 vol. in-12, cartonné à l'anglaise. Prix : 4 francs. — Félix Alcan, éditeur.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des Intestins.**

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES traités par *L'Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. **Anémie, chlorose.** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER. 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*